

ную цель или смысл в течении событий. Усилия, предпринимаемые в этом направлении, составляют еще одну группу стратегий совладания.

Все вышеизложенное показывает, что ситуация онкологического заболевания выступает формой кризиса развития личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал. Вып. 1. 2000.
2. Бутылина Н. В. Психологические расстройства у больных онкологическими заболеваниями (По материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз) // Российский психиатрический журнал. Вып. 5. 1998.
3. Дорожнев А. Н. Когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям // Журнал практического психолога. Вып. ... 4. 1998.
4. Молодецких В. А., Папырин В. Д., Тхостов А. Ш. Личностные реакции у мужчин на онкологическое заболевание // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Вып. 12. 1981.
5. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.
6. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью (Новый взгляд на тяжелые болезни). СПб.: Питер Пресс, 1996.

Л. И. Колосова, А. И. Рачинский

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Артериальная гипертензия является одним из самых распространенных заболеваний в мире. Она обнаруживается у 25–30% всего взрослого населения планеты, а у лиц старше 60–65 лет ее частота достигает 50%. В настоящее время под артериальной гипертензией понимают состояния, главным признаком которых является повышение артериального давления до уровня 140/90 мм ртутного столба и более.

В наших исследованиях отчетливо прослеживается зависимость артериальной гипертензии от пола и возраста больных. До 30–40 лет болезнь чаще всего встречается у мужчин; к периоду менопаузы ее частота у мужчин и женщин выравнивается. В постменопаузе, когда естественная гормональная защита сердечно-сосудистой системы у женщин исчезает, число женщин с повышенным артериальным давлением резко возрастает. По данным исследований (Е. Cohen и др.) в середине 90-х годов женщины в постменопаузе составляли 50% всего населения, страдающего артериальной гипертензией. Лишь к 65–70 годам жизни заболеваемость у мужчин и женщин вновь практически выравнивается.

По результатам исследований Г. Ф. Ланга [2], А. Л. Мясникова [3], М. Дебейки и А. Готто [1], М. С. Кушаковского [4] значительная роль в возникновении гипертонической болезни отводится :

1. Характеру трудовой деятельности.
2. Эмоциональным нагрузкам.

3. Хроническому стрессу.
4. Психическому перенапряжению.

Можно предположить, что психический фактор имеет решающее значение при наличии других основных факторов, особенно при наличии наследственного предрасположения к гипертонии. Исходя из этого предположения, обозначим особенности личности больных артериальной гипертонией:

- высокая степень ответственности, высокие требования к себе и окружающим;
- высокая степень эмоциональности;
- повышенная потребность больного во внимании к себе со стороны окружающих;
- фрустрированная потребность в доминировании над значимыми фигурами в своем окружении;
- повышенная склонность реагировать агрессией на фрустрацию.

Эти особенности больных артериальной гипертонией говорят о необходимости психофизиологической реабилитации наряду с медикаментозным лечением.

В наших исследованиях, проводившихся в течение 5 лет (1995–2000 гг.), приняли участие 104 больных артериальной гипертонией, 50 мужчин и 54 женщины в возрасте от 34 до 60 лет.

В контрольной группе (51 чел.) использовалась медикаментозное лечение, в экспериментальной (53 чел.) главный акцент был сделан на психофизиологической реабилитации, которая строилась на основе следующих методов:

1. Эриксоновский гипноз.
2. Поведенческая психотерапия (Н. В. Контарович, А. Лазарус и Г. Айзенк) [2].
3. Метод Э. Джейкобсона и И. Г. Шульца [5].

Занятия проводились 3 раза в неделю по 1,5 часа в течение 7 месяцев, затем после трех месячного перерыва возобновлялись. В перерывах проводились еженедельные замеры артериального давления и беседы по выявлению самочувствия больного и уровня эмоционального и психического напряжения.

В ходе исследования были установлены статистические достоверные различия в эффективности лечения в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой в уровне артериального давления и частоте гипертонических кризов.

В экспериментальной группе систолическое артериальное давление было меньше на 8,8 мм ртутного столба, а диастолическое на 6,2 мм ртутного столба. Частота кризов снизилась до минимума, только у 4-х

больных было двукратное повторение гипертонического криза, у остальных повторений гипертонических кризов не отмечено.

Последующее двухлетнее наблюдение за экспериментальной группой позволило отметить более низкое артериальное давление и значительное уменьшение количества гипертонических кризов,

В контрольной группе результат лечения не столь эффективен, снижение артериального давления составило от 4,8 до 2,8 мм ртутного столба. Наблюдение в течение двух лет за контрольной группой показало, что гипертонические кризы возобновились у 75% больных. В дальнейшем больные контрольной группы также прошли психофизиологическую реабилитацию.

Проведенное исследование подтвердило актуальность и эффективность психофизической реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дебейки М., Готто А. Новая жизнь сердца. М., 1998.
2. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. М. Медгиз, 1950.
3. Мясников А. Л. Классификация гипертонической болезни. М., 1961.
4. Кушаковский М. С. Гипертоническая болезнь. СПб., 1995.
5. Шульц И. Г., Джейкобсон Э. Аутогенная тренировка. Психогигиеническая саморегуляция / Под ред. Г. С. Беляева, В. С. Лобзина, И. А. Копыловой. Л. Изд-во «Медицина», 1997.

Я. И. Коряков

НЕЙТРАЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ – ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

Когда в психотерапии заходит речь об эффективном позиционировании психотерапевта или психолога-консультанта в отношении клиента, большое внимание уделяется нейтральности его позиции, хотя сама эта нейтральность понимается несколько по-разному в разных психологических школах, направлениях и в разные периоды развития психотерапии вообще. Сам термин был впервые использован З. Фрейдом [7]. В классическом психоанализе в идеале аналитик должен был занимать в высшей степени нейтральную позицию, не позволяя проявляться личному материалу, чтобы не повлиять на пациента и не помещать его переносным проекциям. Р. Гринсон даже назвал выражение такой позиции инкогнито-депривационным поведением психоаналитика [1. С. 475].

С развитием психотерапии, ее выходом за рамки психоанализа понятие нейтральной позиции приобрело более широкое значение, в то время как психоаналитическая позиция рассматривалась как подчиненная правилу абстиненции [6]. Нейтральность обязывает консультанта обеспечивать терапевтическую помощь, не преследуя собственных интересов в выборе клиентом какого-то специфического направления из-